RENSEIGNEMENTS SUR LE PÈRE NATUREL

NOM DE L'ENFANT :		NUMÉRO D'AFFAIRE :
NOM DE L'AGENT CHARGÉ DE L'AFFAIRE :		NOM DE L'AGENCE :

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE :

- Imprimez clairement – utilisez de l'encre.
- Remplissez tous les points. Si vous ne connaissez pas la réponse à un point, indiquez « inconnu ».
- Le formulaire AD 67 se compose de deux parties séparées. La première Section a trait aux renseignements « signalétiques » et sera tenue confidentielle. Aucun de ces renseignements ne sera donné à votre enfant adopté ou à son/ses parents adoptifs, sauf si vous nous avez donné l'autorisation écrite de le faire. La deuxième partie consiste en renseignements « non signalétiques » sur votre milieu et sur vos antécédents de santé. En vertu de la loi californienne sur l'adoption, un exemplaire de la deuxième partie doit être remis aux parents adoptifs de votre enfant avant le décret définitif d'adoption et sur demande écrite de l'enfant adopté lorsqu'il/elle atteindra l'âge de 18 ans.
- Vous devez fournir tous les renseignements exigés par ce formulaire pour l'adoption de votre enfant.

SECTION I — RENSEIGNEMENTS SIGNALÉTIQUES CONCERNANT LE PÈRE NATUREL

A. NOM/ADRESSE :

NOM DE LA MÈRE NATURELLE (PRÉNOM, DEUXIÈME PRÉNOM, NOM DE FAMILLE) NOM DE JEUNE FILLE		AUTRES NOMS SOUS LESQUELS ELLE EST CONNUE	
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	NUMÉRO DE PERMIS DE CONDUIRE	BIRTHPLACE (CITY, STATE, COUNTRY)	
ADRESSE ACTUELLE (RUE, VILLE, ÉTAT, CODE POSTAL)			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ()
ADRESSE POSTALE PERMANENTE (RUE, VILLE, ÉTAT, CODE POSTAL)*			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PERMANENT ()
RESTRICTIONS SUR L'USAGE DE L'ADRESSE POSTALE PERMANENTE, S'IL Y A LIEU			

B. PARENTS DU PÈRE NATUREL - (LES PARENTS QUI VOUS ONT ÉLEVÉ)

NNOM DE LA MÈRE DU PÈRE NATUREL (PRÉNOM, DEUXIÈME PRÉNOM, NOM DE FAMILLE)			NNOM DU PÈRE DU PÈRE NATUREL (PRÉNOM, DEUXIÈME PRÉNOM, NOM DE FAMILLE)		
ADRESSE	RUE	VILLE	ADRESSE	RUE	VILLE
ÉTAT	CODE POSTAL		ÉTAT	CODE POSTAL	
VOTRE MÈRE EST-ELLE AU COURANT DE CETTE ADOPTION ? ☐ OUI ☐ NON ☐ INCONNU			VOTRE PÈRE EST-IL AU COURANT DE CETTE ADOPTION ? ☐ OUI ☐ NON ☐ INCONNU		
SI NOUS DEVONS VOUS JOINDRE À L'AVENIR, POUVONS-NOUS CONTACTER VOTRE MÈRE POUR NOUS ASSISTER ? ☐ OUI ☐ NON			SI NOUS DEVONS VOUS JOINDRE À L'AVENIR, POUVONS-NOUS CONTACTER VOTRE PÈRE POUR NOUS ASSISTER ? ☐ OUI ☐ NON		

C. PATERNITÉ DE L'ENFANT MINEUR :

Avez-vous, ainsi que la mère naturelle de l'enfant, déjà été mariés ?..... Oui Non

Si oui, date et lieu du mariage : _____

Si vous êtes divorcé, date et lieu du divorce : _____

Avez-vous, ainsi que la mère naturelle de l'enfant, déjà tenté de vous marier ?..... Oui Non

Si oui, veuillez expliquer.

Êtes-vous actuellement marié avec la mère naturelle ?..... Oui Non

D. AUTRES ENFANTS :

Avez-vous d'autres enfants que celui qui est adopté ? Oui Non

Si oui, renseignez le point suivant.

NOM DE L'ENFANT	SEXE		COCHÉZ (✓) S'IL A UN LIEN DU SANG AVEC L'ENFANT ADOPTÉ		DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT	QUI S'OCCUPE DE CET ENFANT ? (Précisez la relation de la personne et de l'enfant)
	M	F	COMPLÈT	PARTIEL		
1.						
2.						
3.						
4.						

* REMARQUE : Il est important que vous informiez le ministère californien des Services sociaux de tous changements de votre adresse postale permanente

E. ASCENDANCE AMÉRINDIENNE :

Une personne de votre famille, du côté de votre mère ou de votre père, a-t-elle une ascendance amérindienne ? Oui Non

Si oui, veuillez remplir le formulaire approprié (JV-135/ADOPT-226)

Si oui, de quelle(s) tribu(s)..... . Où réside(nt) la (les) tribu(s). _____.

Vos parents ou vous-même êtes-vous actuellement inscrits à la tribu ou avez-vous d'autres ancêtres qui ont été inscrits à la tribu ?

Si oui, quel est (quels sont) votre (vos) numéro(s) d'inscription. _____ Oui Non

Vos parents, vous-même, vos grand parents ou l'un de vos ancêtres ont-ils eu un Certificat de degré d'ascendance indienne (CDIB) ?

Si oui, veuillez joindre une copie du CDIB à ce questionnaire. Oui Non

F. CONSULTATIONS PSYCHOLOGIQUES :

Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre, une assistante sociale clinique, un thérapeute en santé mentale ou en santé comportementale pour des problèmes émotionnels, psychologiques ou comportementaux que vous auriez eus ? Oui Non

Si oui, renseignez les points suivants.

DATE(S) ET RAISONS DU TRAITEMENT

NOM DU THÉRAPEUTE ET/OU DE L'AGENCE QUI A FOURNI LE TRAITEMENT	LIEU
--	------

INDIQUEZ LES MÉDICAMENTS PRESCRITS PENDANT VOTRE TRAITEMENT :

RAISON DE LA CESSATION SI VOUS N'ÊTES PLUS SOUS TRAITEMENT :

H. QUESTIONS SUR L'ADOPTION : (Pour les adoptions indépendantes uniquement)

1. Avez-vous votre propre avocat pendant cette adoption ?..... Oui Non

2. Votre avocat est-il également l'avocat des parents qui adoptent ?..... Oui Non Inconnu

3. Qui a payé les frais de cette grossesse, des soins prénataux, de l'accouchement et autres ? _____

4. Combien a-t-il/a-t-elle/ont-ils payé ? (Veuillez l'indiquer si vous ne le savez pas.) _____

5. En vertu de la loi californienne sur l'adoption, les parents naturels qui placent un enfant en adoption doivent avoir une connaissance directe des renseignements suivants sur les futurs parents adoptifs : leur nom officiel complet, leur âge, leur religion, leur race ou origine ethnique ; la durée de leur mariage actuel et le nombre de leurs mariages précédents ; leur emploi ; si d'autres enfants ou adultes vivent dans leur foyer, s'il y a d'autres enfants ne vivant pas dans leur foyer, ainsi que les pensions alimentaires pour enfants et s'ils n'ont pas rempli leurs obligations de pensions alimentaires ; leurs états de santé éventuels susceptibles d'abrèger leur espérance de vie ou d'entraver leurs activités quotidiennes normales ; leurs condamnations éventuelles pour délits autres que des infractions mineures aux règlements de la circulation ; les retraits éventuels d'enfants dus à la maltraitance ou à la négligence vis-à-vis des enfants ; ainsi que leur lieu général de résidence, ou, sur demande, leur adresse.

6. Avez-vous au moins ces renseignements sur les parents qui adoptent ? Oui Non

7. Quels sont les renseignements supplémentaires que vous voulez avoir ou dont vous avez besoin sur les parents qui adoptent ? _____

8. Avez-vous rencontré les parents qui adoptent ?..... Oui Non

9. Si oui, dans quelle mesure les connaissez-vous ? _____

SIGNATURE DU PÈRE NATUREL

DATE DE RENSEIGNEMENT DU FORMULAIRE

Les renseignements ci-dessus ont été fournis par : (Cochez la case qui s'applique)

Mère naturelle Père naturel Autre (veuillez expliquer) _____

NOM DE L'ENFANT :	NUMÉRO D'AFFAIRE :
NOM DE L'AGENT CHARGÉ DE L'AFFAIRE :	NOM DE L'AGENCE :

SECTION II — RENSEIGNEMENTS NON SIGNALÉTIQUES CONCERNANT LE PÈRE NATUREL

Ces renseignements seront fournis aux parents qui adoptent et seront mis à la disposition de votre enfant. Veuillez répondre à toutes les questions de façon aussi complète que possible.

PARTIE I — CARACTÉRISTIQUE DU PÈRE NATUREL AU MOMENT DE LA NAISSANCE DE L'ENFANT ADOPTÉ

A. RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL ET DESCRIPTION PHYSIQUE :

LIEU DE NAISSANCE (ÉTAT UNIQUEMENT)	TAILLE	POIDS HABITUEL	COULEUR DES YEUX	COULEUR DE LA PEAU	COULEUR NATURELLE DES CHEVEUX	TEXTURE NATURELLE DES CHEVEUX (COCHEZ TOUT CE QUI S'APPLIQUE) ☐ FINE ☐ MOYENNE ☐ DRUE ☐ RAIDE ☐ ONDULÉE ☐ ONDULÉE ☐ CLAIRSEMÉE
DATE DE NAISSANCE (ANNÉE UNIQUEMENT)	TYPE SANGUIN	FACTEUR RHÉSUS	TYPE DE CORPS ☐ OSSATURE FINE ☐ OSSATURE MOYENNE ☐ OSSATURE LARGE		ÊTES-VOUS DROITIE ? ☐ GAUCHER ? ☐	

Race/groupe ethnique

- Blanc
 Hispanique
 Philippin
 Noir
 Asiatique ou Île du Pacifique
 Amérindien ou natif d'Alaska
 Autre (*précisez*) _____

Si vous êtes Amérindien ou natif d'Alaska, veuillez préciser le nom de la tribu et le degré de sang indien

(si vous le connaissez) _____

ASCENDANCE NATIONALE SPÉCIFIQUE (EXEMPLE : IRLANDAIS, FRANÇAIS, ALLEMAND, CANTONNAIS, MEXICAIN, NIGÉRIEN)

B. SCOLARITÉ :

DERNIER NIVEAU DE SCOLARITÉ ATTEINT	ÊTES-VOUS À L'ÉCOLE ACTUELLEMENT ? ☐ OUI ☐ NON	RÉSULTATS SCOLAIRES HABITUELS	AUTRE FORMATION
-------------------------------------	---	-------------------------------	-----------------

ACTIVITÉS HORS PROGRAMME SCOLAIRE

ACTIVITÉS HORS PROGRAMME SCOLAIRE

C. OCCUPATION :

OCCUPATION ACTUELLE	DEPUIS QUAND ?	OCCUPATION HABITUELLE ?
---------------------	----------------	-------------------------

QUELS SONT VOS OBJECTIFS DE CARRIÈRE ? (EXEMPLE : ENSEIGNANT, SOUDEUR, VENDEUR)

D. PERSONNALITÉ :

DÉCRIVEZ VOTRE PERSONNALITÉ EN TERMES DE VOTRE COMPORTEMENT HABITUEL, VOS ATTITUDES, VOS HUMEURS, LES ACTIVITÉS AUXQUELLES VOUS PARTICIPEZ HABITUELLEMENT, LES TYPES DE PERSONNES AVEC QUI VOUS AIMEZ ÊTRE, ETC.

DÉCRIVEZ VOS TALENTS, VOS PASSE-TEMPS ET VOS OBJECTIFS DANS LA VIE.

E. QUESTIONS SUR L'ADOPTION :

QUELLE EST VOTRE RELIGION ?

2. ÊTES-VOUS PRÊT À VOIR VOTRE ENFANT ÉLEVÉ DANS LA RELIGION DES PARENTS QUI ADOPTENT SI CETTE RELIGION EST DIFFÉRENTE DE LA VÔTRE ? OUI NON

SINON, DANS QUELLE RELIGION VOULEZ-VOUS QUE VOTRE ENFANT SOIT ÉLEVÉ ?

POURQUOI AVEZ-VOUS PLACÉ CET ENFANT EN ADOPTION ? (VEUILLEZ RÉPONDRE DE FAÇON AUSSI COMPLÈTE QUE POSSIBLE. IL S'AGIT DE LA QUESTION QUE LES ADOPTÉS ADULTES POSENT LE PLUS SOUVENT AUX AGENCES D'ADOPTION.)

SI VOTRE ENFANT N'A PAS ÉTÉ PLACÉ EN ADOPTION À LA NAISSANCE, FOURNISSEZ DES RENSEIGNEMENTS SUR LES SOINS QU'IL A REÇUS, SUR SA SANTÉ ET SUR SON DÉVELOPPEMENT AVANT LE PLACEMENT.

QUEL EST VOTRE SENTIMENT SUR LA POSSIBILITÉ D'ÊTRE CONTACTÉE PAR L'ENFANT ADOPTÉ QUAND IL OU ELLE ATTEINDRA L'ÂGE ADULTE ?

F. ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ PERSONNELLE :

DÉCRIVEZ VOTRE SANTÉ GÉNÉRALE

QUELLES MALADIES D'ENFANCE AVEZ-VOUS EUES ?

- ROUGEOLE : RUBÉOLE (3 JOURS) OREILLONS RHUME DES FOINS INFECTIONS AURICULAIRES FIÈVRE RHUMATISMALE AURICULAIRE FIÈVRE RHUMATISMALE
 RUBÉOLE (2 SEMAINES) VARICELLE ROSÉOLE ENCÉPHALITE SOUFFLE AU CŒUR INFECTIONS URINAIRES/DE LA VESSIE
 ASTHME MÉNINGITE FIÈVRE SCARLATINE AUTRE (PRÉCISEZ)

PÉRATIONS CHIRURGICALES MAJEURES ?

- OUI NON SI OUI, POUR QUELS PROBLÈMES /et quand ?

ÊTES-VOUS UN

- JUMEAU TRIPLÉ AUTRE TYPE DE NAISSANCE MULTIPLE

ÊTES-VOUS UN

- JUMEAU IDENTIQUE OU UN FAUX JUMEAU

AVEZ-VOUS CONSOMMÉ DE L'ALCOOL, FUMÉ DU TABAC OU UTILISÉ D'AUTRES DROGUES ET SUBSTANCES AVANT LA NAISSANCE DE L'ENFANT ?

- OUI NON SI OUI, INDIQUEZ QUELLES DROGUES ET SUBSTANCES, PENDANT COMBIEN DE TEMPS ET LA FRÉQUENCE.

G. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

AVEZ-VOUS ÉTÉ ADOPTÉE OU UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE IMMÉDIATE A-T-IL ÉTÉ

- ADOPTÉ ? OUI NON SI OUI, QUI

	VOTRE PÈRE BIOLOGIQUE		VOTRE MÈRE BIOLOGIQUE	
Âge actuel				
S'il ou elle est décédé, son âge à sa mort				
Cause du décès				
Taille et poids.....	TAILLE	POIDS	TAILLE	POIDS
Couleur et texture des cheveux				
Couleur des yeux				
Couleur de la peau				
Droitier (droitière) ou gaucher (gauchère)				
Caractéristiques particulières .				
Niveau de scolarité atteint				
Occupation				
Race/groupe ethnique	☐ BLANC ☐ HISPANIQUE ☐ AMÉRINDIEN OU NATIF D'ALASKA ☐ ASIATIQUE OU ÎLE DU PACIFIQUE ☐ PHILIPPIN ☐ NOIR ☐ AUTRE		☐ BLANCHE ☐ HISPANIQUE ☐ AMÉRINDIENNE OU NATIF (NATIVE) D'ALASKA ☐ ASIATIQUE OU ÎLE DU PACIFIQUE ☐ PHILIPPINE ☐ NOIRE ☐ AUTRE	
Nationalité				
Religion				
Ce parent était-il au courant de votre grossesse ?	☐ OUI ☐ NON		☐ OUI ☐ NON	
Combien de frères ou de sœurs avait-il/elle ?				
Si l'une de vos tantes ou l'un de vos oncles est décédé, donnez son âge à son décès et la cause du décès				
	LES PARENTS DE VOTRE PÈRE		LES PARENTS DE VOTRE MÈRE	
	PÈRE	MÈRE	PÈRE	MÈRE
Âge				
Si décédés, donnez leur âge à leur décès et la cause du décès				
Décrivez leur aspect physique				
Taille et poids.....	TAILLE	POIDS	TAILLE	POIDS
Caractéristiques particulières .				
Niveau de scolarité atteint				
Occupation actuelle ou précédente				
Était-il/elle au courant de votre grossesse	☐ OUI ☐ NON		☐ OUI ☐ NON	

G. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX : (SUITE)

VOS FRÈRES ET SŒURS

(Si vous avez plus de 4 frères et sœurs, veuillez utiliser une feuille supplémentaire)

	1		2		3		4	
Sexe (masculin ou féminin)								
Âge								
S'il ou elle est décédé, son âge à sa mort et la cause								
Est-il/elle votre frère ou sœur naturel ou votre demi-frère ou demi-sœur ?	☐ COMPLET	☐ DEMI						
Taille et poids	TAILLE	POIDS	TAILLE	POIDS	TAILLE	POIDS	TAILLE	POIDS
Couleur et texture des cheveux.....								
Couleur des yeux.....								
Couleur de la peau								
Ses passe-temps et talents								
Dernier niveau de scolarité atteint .								
Est-il/elle à l'école actuellement ? .	☐ OUI	☐ NON						
Occupation.....								
Est-il/elle au courant de votre grossesse ?	☐ OUI	☐ NON						
Situation de famille								
Nombre d'enfants qu'ils ont								
Santé de leurs enfants.....								

VOS AUTRES ENFANTS

(Si vous avez plus de 4 enfants, veuillez utiliser une feuille supplémentaire)

	PREMIER ENFANT		DEUXIÈME ENFANT		TROISIÈME ENFANT		QUATRIÈME ENFANT	
Indiquez s'il s'agit d'un fils ou d'une fille								
Date de naissance ou âge								
Cet enfant est-il un frère ou une sœur naturel ou un demi-frère ou une demi-sœur de l'enfant adopté ?	☐ NATUREL	☐ DEMI						
S'il ou elle est décédé, son âge à sa mort.....								
Cause du décès.....								
Taille et poids	TAILLE	POIDS	TAILLE	POIDS	TAILLE	POIDS	TAILLE	POIDS
Couleur et texture des cheveux.....								
Couleur des yeux.....								
Couleur de la peau								
Droitier (droitière) ou gaucher (gauchère)								
Niveau de scolarité								
Cet enfant vit-il avec vous ?	☐ OUI	☐ NON						
Ses passe-temps et talents								
Santé générale								
Opération chirurgicale majeure								
Problèmes de santé.....								
Cet enfant était-il au courant de votre grossesse ?	☐ OUI	☐ NON						

H. VOS ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ, CEUX DE VOS PARENTS ET AUTRES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE

Indiquez en cochant la case appropriée si VOUS ou l'un des MEMBRES DE VOTRE FAMILLE (p.ex., vos parents, vos sœurs, vos frères, vos tantes, vos oncles, vos grands-parents, d'autres enfants nés de vous, etc.) ont eu ou ont actuellement les problèmes médicaux répertoriés ci-dessous. Indiquez la relation de famille qu'a la personne avec vous. Veuillez remplir la partie Commentaires. Si un problème médical a provoqué le décès d'un membre de la famille, indiquez-le, ainsi que son âge approximatif au moment du décès, dans Commentaires.

PROBLÈME MÉDICAL	NON	Inconnu	OUI Moi-même	OUI – MEMBRE DE MA FAMILLE (Précisez la relation de famille)	COMMENTAIRES
A. TROUBLES CONGÉNITAUX					
1. Pied bot ou autre problème orthopédique (p.ex., pieds plats, etc.)					
2. Bec de lièvre ou fente palatine					
3. Syndrome de Down					
4. Autre anomalie des chromosomes					
5. Hydrocéphalie					
6. Dystrophie musculaire					Parties du corps impliquées. Âge au début ?
7. Nanisme					
8. Spina bifida					
9. Déficit cardiaque congénital					
10. Anémie falciforme					
11. Maladie de Tay-Sachs					
B. ALLERGIES					À quelles allergies ? Quel traitement ou médicament ?
1. Eczéma ou autre état de la peau					
2. Rhume des foins ou autre allergie					
3. Allergie aux médicaments					À quels médicaments ?
4. Allergie aux aliments					À quels aliments ?
C. TROUBLES OCULAIRES, DENTAIRES, AURICULAIRES ET DÉVELOPPEMENTAUX					
1. Cécité, glaucome, daltonisme ou autres problèmes visuels					
2. Lunettes correctives ou lentilles de contact					À quel âge les verres correctifs ont-ils été nécessaires ?
Myopie ☐					
Presbytie ☐					
Astigmatisme (incapacité à focaliser) ☐					
Strabisme (yeux qui louchent) ☐					
Autre (veuillez expliquer) ☐					
3. Appareil dentaire ou autre appareil d'orthodontie					Si oui, quel appareil orthodontique et pendant combien de temps ?

H. VOS ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ, CEUX DE VOS PARENTS ET D'AUTRES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE (suite)

PROBLÈME MÉDICAL	NON	Inconnu	OUI Moi-même	OUI – MEMBRE DE MA FAMILLE (Précisez la relation de famille)	COMMENTAIRES
4. Surdité ou autres problèmes auriculaires					éducation spéciale ? Si « oui », indiquez l'âge au début.
5. Problèmes d'orthophonie					
6. Trouble d'apprentissage					Y a-t-il eu un diagnostic ? Une hospitalisation ?
7. Retard : mental ou physique					
D. TROUBLES DE LA CIRCULATION					
1. H�mophilie					
2. Anémie falciforme ou trait drépanocytaire					
3. Surtension (pression sanguine élevée)					âge au début ? Quel traitement ? Une hospitalisation ?
4. Accident vasculaire cérébral					
5. Attaque cardiaque (coronarienne)					
6. Arthrite					Quel type ? �ge au début ? Quelle partie du corps ?
7. Maladie de reins					âge au début ? Quel traitement ?
E. TROUBLES HORMONAUX					âge au début ? Quel traitement ?
1. Diabète					
2. Troubles thyroïdiens					
3. Ob�siti� (surpoids)					
F. TROUBLES RESPIRATOIRES					Y a-t-il une cause (connue) ? Quel traitement ?
1. Asthme					
2. Emphysème					âge au début ?
3. Tuberculose					âge au début ? Quel type ? Quelle partie du corps ?
G. TROUBLES MENTAUX ET TROUBLES DU COMPORTEMENT					âge au début ? Quel traitement ? Une hospitalisation ?
1. Schizophrénie diagnostiquée					
2. Manie-dépression diagnostiquée					
3. Autres maladies mentales. Décrivez, en utilisant une page supplémentaire si nécessaire					
4. Alcoolisme ou consommation massive d'alcool					
5. Usage de drogues					Type, quantité et quand ont-elles été prises ?

H. VOS ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ, CEUX DE VOS PARENTS ET D'AUTRES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE (suite)

PROBLÈME MÉDICAL	NON	Inconnu	OUI Moi-même	OUI – MEMBRE DE MA FAMILLE (Précisez la relation de famille)	COMMENTAIRES
H. TROUBLES LYMPHATIQUES					Quel type ? Âge au début ? Quelle partie du corps ?
1. Cancer					
2. Tumeurs					
3. Fibrose kystique					
4. Maladie de Hodgkins					
I. TROUBLES MENTAUX ET TROUBLES DU COMPORTEMENT					Parties du corps impliquées ? Âge au début ?
1. Sclérose en plaques					
2. Maladie de Huntington					
3. Infirmité motrice cérébrale					
4. Crises ou convulsions					Âge au début ? Quel traitement ? Fréquence ?
5. Épilepsie					
J. INFECTION, HOSPITALISATION					Diagnostic ?
1. Attaques répétées de fièvre avec infection connue					
2. Infection sévère répétée nécessitant une hospitalisation					
3. Hospitalisation, opération ou blessure					Pour quelle raison ? Quand ?
K. AUTRES PROBLÈMES MÉDICAUX OU PROBLÈMES DE SANTÉ					